

# Naissance « bousculée » et devenir de la représentation paternelle

Ginette Delamazière et Odile Kremp

Volume 26, numéro 1, printemps 2001

Paternité et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014512ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014512ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Delamazière, G. & Kremp, O. (2001). Naissance « bousculée » et devenir de la représentation paternelle. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 79–100.  
<https://doi.org/10.7202/014512ar>

## Résumé de l'article

La réflexion concerne les représentations paternelles et leur devenir lors de naissances bousculées. Elle s'inscrit dans un travail beaucoup plus large prenant en compte la diversité des parents dans ces cas de figure médicalisée où la séparation initiale est au rendez-vous. Cette étude discontinue porte sur 50 familles, classées selon les caractéristiques néonatales des enfants (grands prématurés, petits prématurés, prématurité avec procréation médicalement assistée, non-prématurés). Elle s'est déroulée entre 1990 et 1994 au Centre Hospitalier d'Amiens en France (maternité et néonatalogie) dans un premier temps et au domicile des parents dans un second temps. Par l'intérêt porté au jeu des représentations parentales, elle introduit dans le champ médical une sensibilité clinique supplémentaire, ne laissant pas au seul état somatique de l'enfant le poids du devenir de la relation mère-enfant. Nous parlons essentiellement des pères, de leur épreuve, mais aussi de la ressource qu'ils peuvent offrir au travail de la psyché maternelle, s'ils sont bien accompagnés.



## Naissance « bousculée » et devenir de la représentation paternelle

Ginette Delamazière\*

Odile Kremp\*\*

La réflexion concerne les représentations paternelles et leur devenir lors de naissances bousculées. Elle s'inscrit dans un travail beaucoup plus large prenant en compte la diversité des parents dans ces cas de figure médicalisée où la séparation initiale est au rendez-vous. Cette étude discontinue porte sur 50 familles, classées selon les caractéristiques néonatales des enfants (grands prématurés, petits prématurés, prématurité avec procréation médicalement assistée, non-prématurés). Elle s'est déroulée entre 1990 et 1994 au Centre Hospitalier d'Amiens en France (maternité et néonatalogie) dans un premier temps et au domicile des parents dans un second temps. Par l'intérêt porté au jeu des représentations parentales, elle introduit dans le champ médical une sensibilité clinique supplémentaire, ne laissant pas au seul état somatique de l'enfant le poids du devenir de la relation mère-enfant. Nous parlons essentiellement des pères, de leur épreuve, mais aussi de la ressource qu'ils peuvent offrir au travail de la psyché maternelle, s'ils sont bien accompagnés.

« **Q**ue la présence du mâle transforme une femelle meurtrière en « bonne mère » devrait faire réfléchir tous ceux qui se soucient d'améliorer les conditions de la naissance. » (This, 1980, 35). Cette réflexion d'inspiration éthologique sera le point d'angle de notre recherche, celle qui éclaire d'une teinte particulière l'événement douloureux de la prématurité.

Dans ce travail, nous nous questionnons sur le devenir possible de la relation mère-enfant ou parents-enfant lorsque celle-ci se trouve rompue aux premiers instants de la vie extra-utérine par les techniques médicales nécessaires à la survie de l'enfant. Autrement dit, pouvons-nous raisonnablement envisager cette entrée « bousculée » dans la vie comme facteur de risque, marquant durablement l'enfant et ses parents du signifiant de la fragilité, de la peur, de l'insécurité, de l'échec ? (Signifiant étant à entendre ici dans le sens tant contextuel que conceptuel du terme.)

\* Docteur en psychologie, maître de conférences à l'Université Picardie - Jules Verne, Amiens, France.

\*\* Professeure agrégée de pédiatrie, Hôpital St-Antoine, Lille, France.

Cet énoncé du problème nous invite donc à lire la prématurité dans une approche clinique où les individus en situation interactive imprévue, sont soumis à des remaniements psychiques soudains et douloureux. Enfin, lorsque René Thom (1983) parle de « prégnance » quand l'objet extérieur suscite chez le sujet des phénomènes de grande ampleur, du type attractif ou répulsif, nous comprenons mieux encore l'ambivalence possible des parents face à cet enfant né trop tôt, face à ce changement brusque de la destinée de la grossesse.

Nous développerons dans ce texte : l'étude préliminaire dégagant la notion de traumatisme parental (1989) ; la recherche discontinuée en deux temps (1990-1994, méthodologie, résultats et limites) portant sur les représentations parentales (en particulier paternelles) dans ces circonstances inédites de la naissance et leur devenir 4 ans après ; et la conclusion d'un travail qui demanderait à se poursuivre – sachant que notre souhait s'oriente ici vers une sensibilisation psycho-clinique des équipes soignantes confrontées quotidiennement à ces situations.

### **De la prématurité au traumatisme**

L'intérêt porté au temps rompu de la grossesse (sans préavis, souvent vécu dans un sentiment de désarroi, de danger imminent) et à l'espace de la séparation de l'objet (absent alors que prématurément excorporé), a motivé une étude *préliminaire* auprès des parents (échantillon tout venant, choisi par les sages-femmes sur les seuls critères de la prématurité et de l'hospitalisation de l'enfant). À partir de cette première approche clinique, nous construirons notre recherche, attentive, quelles que soient les situations, au discours de chacun des parents.

Pour mieux percevoir *le rôle du père*, que nous estimons d'emblée socialement et culturellement négligé dans les suites immédiates de l'accouchement, nous avons décidé de travailler, dans ce premier temps, selon deux axes :

- le discours de la mère, dans son rapport à l'accouchement, à la séparation d'avec l'enfant, à la place du père telle qu'elle le percevait et l'entendait ;
- le discours du père face à cet enfant prématuré hospitalisé, à la mère et au rôle dont il pouvait se sentir investi.

Sur cet aspect, nous partageons l'idée selon laquelle « étudier le rôle d'un parent ne peut se faire sans l'inscrire dans son ensemble. En d'autres termes, parler du père, c'est aussi parler de l'enfant et de la mère » (Dyke et Saucier, 2000, 55).

Cette mise en relation restera notre modalité d'approche aux différentes étapes de notre recherche (préliminaire, 1<sup>er</sup> temps : naissance—séparation, 2<sup>e</sup> temps : 4 ans après...).

Les premiers résultats des entretiens semi-directifs (N = 20) engagés sur le temps d'hospitalisation à la maternité (8 à 10 jours) soulignent la nature traumatique de ce type de naissance chez les mères, traumatique dans le sens accordé par B. This (1980) selon trois éléments : l'irré-médiabilité due à cet enfant excorporé sans retour possible, la soudaineté de la rupture du temps de la grossesse, amputé parfois d'un tiers, et la séparation mère-enfant et parents-enfant. Chez les pères (N=10), la « surprise » n'a pas le même impact. Notons que ce rapport (N=10) de 1 sur 2 va se maintenir à travers la recherche quels que soient les groupes, traduisant non seulement la réalité de l'absence physique du père dans certains cas, mais aussi la résistance dans d'autres cas à venir rencontrer l'enfant dans ce milieu médicalisé. D'une part cette surprise les plonge dans un sentiment de catastrophe, d'épreuve physique et morale en rapport plus direct, selon leur discours, avec la séparation. D'autre part, se mêlent souvent des instances dépressives dont ils se défendent rapidement, pour la majorité de ceux observés, par un comportement actif, sous forme de lien « parlant » entre la mère et l'enfant. Cette fonction improvisée s'étaie alors du regard – sachant que ce dernier joue ordinairement un rôle particulier dans la constitution du narcissisme.

C'est ainsi que s'exprime ce père à propos de son enfant : « ...il sortira dans une semaine, mais on verra..., je suis d'une nature pessimiste, il *m'arrive* toujours quelque chose... » L'identification dépressive est ici manifeste... « Indispensable, il fallait bien que je vienne pour comprendre...comprendre les machines, à quoi ça servait, cela m'a rassuré de comprendre, j'avais moins peur [...] ça fait drôle, mais je ne sais pas dire si c'est de l'angoisse, de la crainte, dès le lendemain j'étais là pour *voir*... » Cette pulsion partielle va ainsi être fortement investie et c'est sur elle que la plupart des pères vont prendre appui pour jouer leur fonction de « rapporteur »

La nécessité de *toucher*, aussi puissante que chez la mère, n'est pas sans implication, comme le précise cet homme : « Même qu'il était ventilé, je le touchais, ça faisait un contact, j'avais l'impression qu'il me reconnaissait. Il me serrait les petites mains... je sentais qu'il voulait lutter » ou encore : « Quand j'ai vu le bébé, elle semblait me sentir, elle a serré ma main, ça m'a fait quelque chose, quand j'ai chatouillé le pied elle a bougé, c'était bon signe.... », laissant entendre par là sa capacité d'interprétation et de réassurance malgré la blessure narcissique face à ce que ce père qualifiait de « pas grand chose quand même dans la couveuse ».

Quoi qu'il en soit, nous postulons que toute naissance prématurée « sans préavis » a valeur de traumatisme *tant pour la mère que pour le père* sous des formes à la fois communes (censure de l'imaginaire, blessure narcissique, identitaire...) et différentes (fantasmatique, image du corps). Avec cependant une nuance : certaines naissances prématurées sont le produit d'un consentement entre soignants et soignées, (retard de croissance intra-utérine, souffrance chronique du bébé, etc.). Enfin, nous prenons en compte que plusieurs types de situation peuvent renforcer le risque d'une mauvaise gestion du trauma : la primiparité, l'enfant faisant suite à un enfant mort, les procréations médicalement assistées et les imagos maternelles ou paternelles parentales entachées de ruptures. Cette notion de « susceptibilité » entraîne donc celle de « variabilité » du trauma..

Le constat douloureux de ce type de naissance (trauma, enfant trop réel, enfant manquant, souffrance, désir...) nous invite à penser les choses de la façon suivante : une fois la sidération, le flottement dépassés, la mère va être saisie du manque de son enfant et par là même va interpellé « l'autre » (en l'occurrence le père) pour qu'il comble cet espace vacant, de paroles identifiantes. « Ce désir a quelque chose d'exigeant, de puissant, qui va pousser le père à jouer un rôle de messenger, rapportant des mots, des images [...] irréductiblement en relation avec son histoire » (Cavillon-Delamézière, 1990).

La problématique de ce premier temps s'établit donc sur le manque, celui du temps écourté de la grossesse (pour la plupart) et celui de l'espace où l'absence de l'enfant, transféré en néonatalogie – à plusieurs kilomètres de la maternité – ne permet pas, comme le précise C. Druon (1989, 1, 4) un amortissement des mouvements internes générateurs de conflits, par les mouvements groupaux autour de la mère et de son enfant. Le couple symbolique mère-enfant n'existe plus. La blessure narcissique est profonde, sans médiation sensorielle directe. D'où l'hypothèse concernant la part du père comme médiateur naturel de cette difficulté élaborative. Notre ambition vise une meilleure considération et un authentique accompagnement de ce dernier, pour qu'il puisse lui-même mieux soutenir la mère de son enfant. Ce projet n'annule en rien tous les efforts et réflexions autour de la prise en charge duelle mère-enfant, il élargit simplement le champ de l'action à celui qui, finalement, saura mieux que quiconque trouver les mots justes, malgré son propre bouleversement.

Ce préalable va guider la première partie de notre recherche, une étude discontinue portant au départ sur 50 familles, choisies d'après les seuls critères de prématurité et d'hospitalisation à la naissance pour les

trois quarts, et classées secondairement selon les caractéristiques néonatales des enfants : grands prématurés (26-30 semaines, 900-1500 gr, réanimation) ; petits prématurés (30-34 semaines, 1500-2200 gr) ; prématurés avec procréation médicalement assistée ; et non prématurés, pour le quart restant (problèmes somatiques justifiant une hospitalisation – infection, hypotrophie, malformation etc.). La dernière classe servira de groupe témoin par rapport à la variable majeure de la prématurité.

Cette recherche s'est déroulée en France au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens (au Centre de Gynécologie–Obstétrique et au service de Néonatalogie respectivement situés au nord et au sud de la ville), pour le premier temps et, pour le second, au domicile des parents 4 ans après. Elle introduit dans le champ médical, par l'intérêt porté au jeu des représentations parentales, une sensibilité clinique supplémentaire, ne laissant pas au seul état somatique de l'enfant le poids du devenir de la relation mère-enfant.

Nous considérons ici l'activité de représentation, telle que P. Aulagnier (1981) a pu la définir, c'est-à-dire l'équivalent psychique du travail de métabolisme propre à l'activité organique. À la différence qu'il s'agit ici, non d'un élément physique, mais d'informations brutales qui s'imposent de l'extérieur comme de l'intérieur.

Affects de plaisir et représentation unifiante ou affects de déplaisir et représentation rejetante peuvent donc alterner plus ou moins rapidement, ou se fixer sur l'une ou l'autre des positions. Ces probabilités sont renforcées par la présence ou la non-présence du père, son désir et l'histoire de la mère. Il s'agit donc bien d'une « rencontre » au-dessus du berceau vide ou de la couveuse entre les désirs ou les non-désirs et le devenir des représentations qui en découlent.

Nous parlerons ici essentiellement des pères, de leur épreuve, mais aussi de la ressource qu'ils peuvent offrir au travail de la psyché maternelle, s'ils sont bien accompagnés.

### **Naissance-séparation (1<sup>er</sup> temps)**

#### ***Rappel méthodologique***

Comme lors de l'étude préliminaire, la rencontre et les entretiens psychologiques semi-directifs avec les parents ont lieu à la maternité ou au service de néonatalogie en présence de l'enfant. Le matériel recueilli (représentations parentales regroupées par thème) sera ensuite analysé selon une lecture transversale globale de l'échantillon et par classes composant cet échantillon. L'interprétation de ce matériel clinique,

explicite et implicite, s'appuie sur une toile de fond théorique de type psychanalytique.

Nous ne rendons pas compte, ici, de l'ensemble des résultats de cette recherche qui s'est déroulée sur cinq ans, mais sélectionnons ce qui, à notre sens, peut amener un éclairage à tous ceux qui s'occupent et se préoccupent des parents d'enfants hospitalisés à la naissance.

### ***Interprétations et vignettes cliniques***

Pour mieux comprendre l'importance du père dans ce type de situation, nous ne pouvons faire l'économie des *représentations maternelles* sur sa place et son rôle.

Ainsi, nous observons chez la mère, privée de son enfant, une attente orientée vers le père, une presque mise à l'épreuve à laquelle il va se trouver dans l'obligation de réponse. Bousculé, il lui faut se ressaisir pour faire le lien entre elle et l'enfant... Alors que contrairement aux données dites classiques, aux idées reçues du père « fort » qui peut voir, entendre, assumer les mauvaises nouvelles et les coups durs sans être ébranlé, il apparaît, comme l'a déjà perçu F. Cukier (1982, 8-11), souvent vulnérable, bouleversé, accablé parfois par les événements. Néanmoins, soutenu par le désir de cette femme, il trouve rapidement l'ajustement, sans toujours démêler ce qui relève de son propre besoin. De notre constat, un certain nombre de femmes ressentent l'émotion de leur conjoint, la vivent dans un échange, une communication verbale qui étaient leur imaginaire frappé du fait de la réalité. Aussi, toute absence de paroles est-elle parfois cruellement ressentie par ces femmes et peut accroître les *éprouvés* d'une solitude quasi existentielle.

La tonalité du discours de M<sup>me</sup> B., 30 ans, troisième grossesse dont une fausse couche en deuxième position, césarienne à 30 semaines sous anesthésie générale pour décollement placentaire, est très labile : « Il va le voir tous les soirs... Il voit les médecins qui lui expliquent et il me le redit... il le regarde, il dit qu'il est beau, que c'est un beau bébé, mais qu'il fallait qu'il tienne le choc. J'ai plus confiance en lui... il en a pris un sacré coup, il l'a pas vu à la naissance, il a pas voulu, il est sensible aussi.. j'ai pas un mari pour me remonter, c'est un enfant de l'assistance... » Cette illustration retrace les préoccupations maternantes, ici un peu confuses, vis-à-vis du mari ou de l'enfant, mais l'attention de cet homme « sensible » va soutenir la mère par son authenticité et favoriser l'investissement libidinal de l'enfant par la suite.

Composites de la séparation, les angoisses de perte se trouvent parfois canalisées par le discours du père. Non qu'il ne les partage pas, mais

elles ne l'atteignent pas de la même manière et par là trouvent des issues verbales que seule la mère est en mesure de saisir. Ainsi, M<sup>me</sup> D., 21 ans, deuxième grossesse, accouchement par voie basse à 30 semaines, s'accroche à la dimension péremptoire du discours : « Il était à l'accouchement, il l'a vu dans la couveuse... il est allé le jour même, le lendemain, il est heureux... il dit « il a perdu du poids, mais t'inquiètes pas, il va grossir, ça va aller »... ça m'aide, moi dans ma tête, j'ai peur qu'il meure, il dit « non, il va grossir ».

Le père tente de dégager la mère, comme lui-même, des pulsions de mort inscrites sur une profonde ambivalence quant à cette grossesse non désirée, dont l'Interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) n'a pu se réaliser en raison du dépassement du terme légal (10 semaines). Il n'est pas rare d'assister à cet apparent retournement du désir de vie lorsque le destin en a décidé autrement... Mais l'accouchement prématuré, sans raison fondamentale, peut laisser craindre un processus de maternalité en souffrance. Le cumul des événements (grossesse non désirée, IVG « ratée », prématurité, séparation...) est ici un bon exemple clinique de situation à risque dans la relation mère-enfant qui devrait bénéficier d'une attention particulière et d'une place privilégiée accordée au père.

La prématurité associée à la malformation inattendue de l'enfant retient également notre attention. Dans ces cas de figure traumatisants, le père, généralement trop envahi par ses affects, devient inefficace et la mère peut se retrouver isolée, écartelée entre la culpabilité, l'angoisse et la détresse de cet homme. « Mon mari, il a mal réagi, il a pleuré... il est resté deux jours sans pouvoir aller la voir aux prématurés, puis sollicité par une collègue, il y est allé seul, mais il est resté dans le couloir vitré... », rapporte cette mère (26 ans, deuxième grossesse après une fausse couche, accouchement avec forceps et sous péridurale, 34 semaines, fente labiopalatine). On perçoit là combien le travail improvisé que le père doit mener se confronte non seulement aux faits, à sa structure psychique, mais aussi à sa capacité à gérer l'imprévu.

En résumé, pour l'ensemble des mères de prématurés, quelle que soit la classe d'appartenance, le cumul des facteurs événementiels et historiques grève le dégagement rapide du trauma. Il en renforce même l'intensité. Si la classe des grands prématurés se trouve être la proie des représentations maternelles les plus morbides (en raison des problèmes somatiques surajoutés) malgré la présence des pères, la classe des petits prématurés reste fragilisée, dans notre échantillon, par la faiblesse des images parentales et l'appétence modérée et insuffisamment soutenue des pères. Quant à la classe des procréations médicalement assistées, le



trauma de la séparation se trouve, en apparence, engloutie dans la prolongation médicalisée de la gestation où le père, quoique vigilant, se trouve en rivalité avec la parole d'un certain savoir.

Mais de notre constat, la blessure narcissique, la tentative d'interprétation secondaire des faits et la fantasmatisation par rapport à la mort semblent identiques en ce temps initial de la naissance. Par contre, la part du père de l'enfant sur le travail de représentation maternelle paraît subir les aléas de la place psychique que lui accorde la mère exigeante, préservée ou peu concernée.

L'analyse des discours de notre groupe témoin (« non prématurés ») affine les nuances du trauma en terme de séparation précoce soudaine, imprévue et gravement anxiogène. Le vécu maternel se trouve plus nettement marqué du fait de la culpabilité masquée ou affichée (quel que soit le degré de réalité médicale ayant justifié l'hospitalisation de l'enfant à la naissance). Cette composante plus aiguë rend, selon nous, un peu plus dépendante encore la représentation maternelle, du champ de la parole en ce qu'elle a de désaliénant : le père étant en première position. Mais cet homme peut se montrer lui-même indisponible, en cela que l'affrontement avec la partenaire-mère semblerait, en outre, réactiver, comme le soulignent de nombreux auteurs, non seulement l'identification à la figure paternelle, mais également toute la conflictualité liée à l'identification à la figure maternelle.

Mais qu'en est-il des représentations paternelles quant à l'enfant, sa place et son propre rôle, dans ce 1<sup>er</sup> temps ?

Malgré l'idée que s'en fait la mère, le père vient en néonatalogie, en première intention, pour voir, comprendre, toucher, se réassurer, avant de pouvoir lui transmettre ses propres messages... Comme le souligne cet homme, « examiner ce morceau », partie de lui-même, le constituant père. « La première fois, dit-il, je l'ai scruté longuement, je l'ai touché, on a peur de le toucher... On se dit c'est un morceau de sa chair... Puis cela a été mieux... j'ai rassuré la mère par des nouvelles comme elle était anxieuse, mais j'étais anxieux aussi... » Ce court extrait nous traduit l'épreuve réelle ou supposée de cette rencontre inaugurale avec l'enfant, qui dans certains cas peut sidérer toute démarche, comme chez ce père qui n'a pu assister à l'accouchement trop précipité et qui, lorsque nous le rencontrons au 4<sup>e</sup> jour, n'a toujours pas vu le bébé. « Les tuyaux, dit-il, tout « ça », non ! j'attends que le plus gros soit passé... »

Dans d'autres cas, la venue de l'enfant, même tôt, même mal, peut favoriser un soulagement (transitoire) lorsqu'elle fait suite à une gros-

sesse à risque. M. N., enseignant, met l'accent sur cet aspect comme sur celui plus difficile du regroupement social. « J'ai poussé un grand « ouf » à la naissance, dès l'instant où la poche des eaux s'est rompue c'était pour moi inéluctable. » M. N. exprime bien l'anxiété paternelle (souvent négligée) liée à la menace d'un accouchement prématuré, mais cette chute du stress n'atténue pas pour autant les sentiments de frustration qui rapidement font suite. « C'était difficile à vivre, l'enfant séparé de sa mère... Quand les gens venaient, il fallait leur expliquer. Les premiers moments sont difficiles, ça agit sur le mental... »

Quoiqu'il en soit, ce tout premier temps est égocentrique et correspond à ce moment de désarroi primaire, à la blessure narcissique brutale et aux tentatives pour y échapper. Si cet homme vient voir l'enfant pour lui-même, puis pour l'enfant, enfin pour la mère, ces étapes sont cependant quasi superposables et se confondent dans une stratégie d'approche souvent inaperçue face au chaos qui le bouleverse. Dans ce schéma certains hommes ne se sentent pas toujours la capacité de réassurer la mère selon qu'elle est exigeante ou dépressive, d'autres se sentent utilisés comme objet partiel pour le « voir », ou se lancent dans une hyperactivité compensatoire de leur anxiété, comme nous l'avions déjà perçu lors de l'étude préliminaire. Pourtant le travail qui les guide vers l'identité de père passe tant par le corps, par la médiation des différents sens en éveil que par la façon dont ils sauront retransmettre à la mère cette part qui lui manque tant. La parole dont ils se font porteurs sur ce temps très précoce dessert tant l'un que l'autre dans la constitution ici troublée de leur identité parentale. Le déroulement de ce processus, en raison de la nature sismique des événements, les fait fréquemment osciller entre deux positions : excitatoire ou dépressive.

Le discours de M. C. (39 ans, agent technique) ne traduit pas au 10<sup>e</sup> jour que l'angoisse mais également la labilité quasi histrionique de son périple identificatoire. Frappé par la faiblesse de l'enfant, son descriptif le traverse autant que celui-ci, condensant en quelques mots et par un lapsus, les générations de la lignée paternelle :

« Suis-je assez costaud pour aller la voir... je disais : résiste, résiste !... Pour la reconnaître, j'avais des *petits* points de repère, parce que j'ai vu des *petites* taches sur la figure, le *petit* menton, les *petits* cheveux surtout derrière... ça choque avec tous ces tuyaux là... Moi déjà quand on me fait une prise de sang... malheur quand on fait ça à un gosse... Hier, c'était encore mieux, on croirait quand je lui parlais que l'œil gauche, elle voulait l'ouvrir. » M. C. fera toute une théorie sur la perception des couleurs... « Je parlais les mêmes mots... ; « Papa, il est là, il est venu *me* parler »... j'ai tenu son *petit* pied... »

Confusion de mots, confusion de temps, il fera ce lapsus qui le met un instant en place de fils par rapport à son père. Au décours de ce travail, il sera en arrêt maladie pour fatigue, hypotension, frappé de cette même faiblesse, « démoralisé » comme dira la mère que nous reverrons, par la suite, en néonatalogie.

Pour l'ensemble, cette démarche « d'éclaireur » telle qu'ils en ressentent le besoin leur permet d'éprouver les indices filiaux qui les assoieront entre leur propre père et leur enfant. Ce travail qui se répète à travers les générations se soutient parfois de rituels familiaux. M. V. nous l'explique à sa façon : « Il a les deux prénoms des deux grands pères, par tradition *chez nous*, c'est comme cela, tous les garçons portent le prénom des grands-parents et plus tard, si c'est encore un garçon, ce sera toujours pareil dans l'autre sens pour pas qu'on dise que je mets celui de *mon père en premier*. Cette dénégation finale ne procède que de son désir, mais il arrive que celui-ci soit plus incertain face à ce bébé chétif, dans lequel il a du mal à se reconnaître. L'environnement social et parental peut alors dans ces cas là aider à sa mise en place. L'inverse vient cruellement renforcer son désappointement, tel que le signifie cet autre père : « C'est comme s'il n'était pas encore vraiment né, ce sera sa deuxième naissance le jour où il reviendra à la maison... Les gens qui viennent voir la mère apportent des fleurs pour la mère, personne n'a rien apporté pour le bébé... »

En résumé, par cette épreuve, la paternalité s'affronte à de violentes représentations dont le produit, conjugué à leur histoire, doit cependant les constituer « père ».... L'idée que ces pères se font d'eux-mêmes est cependant variable, liée à la clarté du message maternel ou à celui qu'ils ont perçu de leurs propres parents étant enfants. Les quiproquos possibles entre ces messages font que parfois les pères se trouvent en difficulté d'ajustement.

Les premières semaines voire les premiers jours qui suivent la naissance sont donc un espace sensible pour eux comme pour la mère, exigeant les mêmes attentions que pour elle.

Enfin, à ce premier temps de la recherche, la prématurité ne se révèle pas comme une entité isolable en soi, dans la mesure où ce sont les conséquences traumatiques dont il s'agit pour chacun des parents : hospitalisation, séparation, angoisses de perte, atteinte narcissique... Il apparaît cependant que la prématurité renforce l'intensité du trauma par les éléments de rupture du temps de la grossesse, par l'amputation au dernier tiers de cette grossesse du champ imaginaire le plus riche pour le père et pour la mère et par l'habituel petit poids de l'enfant-réalité.

Se pose alors la question : comment, dans ces circonstances inédites de la naissance, accompagner l'enveloppement des premiers regards et les enjeux réels et fantasmés de chacun des parents ?

Nous nous sommes alors préoccupés du devenir *des représentations parentales à l'orée des 4 ans de l'enfant*, préoccupation qui s'inscrit également dans une politique de santé publique en Picardie, sachant que malgré les progrès réalisés ces dernières années dans le domaine périnatal, cette région reste en retard (taux de scolarisation des jeunes filles largement inférieur à la moyenne nationale, taux de chômage toujours supérieur à la moyenne nationale).

## **Devenir des représentations, 4 ans après (2<sup>e</sup> temps)**

### ***Rappel méthodologique***

Cette investigation s'est déroulée en deux temps et en deux modalités différentes :

- Une revue des dossiers médicaux, qui a permis de saisir au mieux la réalité somatique de ces enfants : suivis classiques, spécialisés, (ré)hospitalisations ou absence d'un suivi quelconque, décès (N=2).
- Un entretien semi-directif, la plupart du temps au domicile des parents, soutenu d'un outil d'évaluation des représentations maternelles, l'entretien « R » de Stern (Lebovici et al., 1989, 151-160) organisé selon quatre axes : l'enfant, la mère, sa propre mère et le père de l'enfant. Cet outil a été adapté, en la circonstance, pour les pères, deux thèmes ont été retenus pour eux : *la figuration de l'enfant* (descripteurs au présent, événements importants du passé, ressemblance avec la famille, désirs et peurs), *la figuration de lui-même* en tant que sujet et en tant que père.

Les difficultés sur ce 2<sup>e</sup> temps furent nombreuses et justifient l'effondrement d'un tiers de notre population (N=32) : déménagements, changements de nom, absence de téléphone, refus explicites ou implicites, dispersion géographique, etc. L'analyse rétrospective de ce que nous avons nommé dans notre recherche « les intouchables » rend compte, pour la plupart, de cas médicaux assez lourds (prématurés =10, non-prématurés=5), de situations socio-économiques précaires, de population étrangère mal stabilisée, et elle interroge de fait un meilleur soutien de ces familles parfois livrées à elles-mêmes. Nous n'irons ici pas plus loin sur cet aspect, qui à lui seul, témoigne de la complexité des études

longitudinales discontinues et des indices permettant de repenser la prévention précoce dans le champ de la petite enfance.

Les représentations parentales recueillies lors des entretiens sont analysées selon une lecture transversale thématique globale et par classe des échantillons de prématurés et de non-prématurés.

### ***Interprétations et vignettes cliniques***

Avant de se mettre à l'écoute des pères, il semble important de laisser la parole aux mères *quant à leurs représentations du père de l'enfant*.

Les discours se partagent en des tonalités différentes :

- Soit affirmée dans la reconnaissance de cet homme, père de leur enfant, qui les soutient, les seconde, les réassure et s'articule en relais... de la même manière qu'il a su, à un moment donné, jouer un rôle de trait d'union fondamental à la naissance. Mme. S. trouve ainsi son mari actif mais « calme, pacifique, hyper sociable.. indépendant, vif, posé ». Bref, quelqu'un qui pourrait être un modèle pour son fils « car il arrivera toujours à s'en sortir ».
- Soit un peu estompée par une attitude perçue comme « blessante » de la part du père, toujours atteint dans son narcissisme face au handicap. M<sup>me</sup> G. laisse poindre dans son descriptif les reproches dont le père souffrant l'accable parfois... « actif, excité, plus ou moins agressif, sociable, entreprenant mais difficile quand il dit des choses blessantes... » et de rajouter : « le père n'est jamais satisfait, il en veut toujours plus, toujours trop », traduisant du même coup le deuil impossible d'un enfant « normal » et la position culpabilisante ponctuelle dans laquelle il la place. En dehors de ces moments il peut se montrer tendre.
- Ou quelque peu réservée par leur propre dépression ou celle d'un père dont l'histoire le situe à mi-chemin de la ressource et de la fragilité. Mme N. trouve que le père se repose sur les capacités de sa femme, bien que son enfant lui ressemble par son intelligence.
- Enfin les représentations nettement négatives, quant à elles, se justifient par le fait qu'elles ressentent le père peu soutenant, peu réceptif à leurs difficultés éducatives ou par des dynamiques de couple particulières, telles cette femme qui évoque le délaissement ressenti par l'homme-père dans l'après-coup de la naissance : « j'étais plus la même selon lui.. ». Et d'expliquer le

couple qu'elle avait formé avec l'enfant dans cette situation particulière assortie de violence conjugale « Lorsque son père intervient (vis-à-vis de l'enfant), je me sens atteinte... mais lorsqu'il me frappe, le petit essaie de me protéger ». Les circonstances de violence intra-familiale viennent ici renforcer la difficile déliaison dans laquelle la mère et l'enfant se trouvent déjà pris par les circonstances de la naissance, sans toutefois tout justifier.

Hormis ces cas de violence, les femmes, pour une majorité, gardent un monopole éducatif où le père doit faire valoir un peu plus que d'ordinaire ses talents.

L'homme-père, si précieusement et foncièrement évoqué comme soutien d'un espace initial manquant lors de la naissance, paraît relégué dans son importance, au seuil des quatre ans. Peu de femmes ont finalement rappelé son rôle à cette époque, donnant l'impression d'avoir refoulé ce souvenir de dépendance... Mais la période sensible œdipienne de l'enfant ne sollicite-t-elle pas un écho inflationniste qui ferait dire à l'une d'elles : « La mère, c'est tout. »

En résumé, dans les trois classes de prématurés, il apparaît que le père se doit intuitivement de soutenir presque plus la mère que l'enfant pour qu'elle puisse desserrer son étreinte. Quant aux non-prématurés, le renoncement maternel à un enfant plus proche de ce qu'elles en avaient imaginé au départ (réparateur) reste ici encore difficile, d'autant qu'elles se soutiennent insuffisamment du père de leur enfant, par contentieux ou par confusion avec le leur, et que dans la moitié des cas de notre échantillon, elles ne peuvent s'appuyer sur leur propre mère.

Ceci nous amène à dire que si les caractéristiques néonatales (dont la prématurité) et le développement de l'enfant jouent un rôle prépondérant, ils sont loin d'être les seuls éléments intervenant dans le devenir de la représentation maternelle ; car l'enfant se trouve être, comme le rappelle Stoleru (1989, 118), « un lieu de projection de désirs différents en relation avec l'histoire différente de ses deux parents... » En ce qui concerne la femme, sa condition de mère s'est trouvée affligée d'un renforcement de la blessure narcissique par la dépendance identitaire à cet enfant malade à qui au départ elle n'a pu directement donné les soins. Aussi est-ce au prix du dépassement de ses frustrations qu'elle peut, avec le temps, acquérir certaines gratifications. Ce temps est celui du processus économique de représentation dont la destinée n'offre pas encore tous les garanties à 4 ans.

Autrement dit, et pour formuler quelques réponses à l'interrogation du départ, la liquidation du trauma de la naissance chez ces femmes

se confirme nettement articulée à la représentation d'elle-même et du père de l'enfant, dépositaire d'un désir qui l'a à jamais faite mère. Le sentiment de sa propre valeur, à travers son regard et sa préoccupation, écho des mêmes enjeux avec sa propre mère, reste le meilleur garant de satisfaction vis-à-vis de l'enfant. Cet aboutissement, inscrit dans une dialectique entamée bien avant la naissance, peut se lire comme un tournant résolutif du « travail de la naissance bousculée ».

*Les discours des pères* sont également recueillis au domicile. L'aspect qualitatif de l'entretien est dominé par deux pôles différents de la participation comportementale, soit sthénique, emballé, occupant l'espace au détriment de celui de sa femme, soit inhibé, fuyant, réservé ou ne se révélant qu'en fin de séance après quelques « sorties-prétextes »... L'un comme l'autre traduisent la force émotionnelle active de cette situation d'après coup où, tout comme pour la mère de l'enfant, la prise de parole vient faire trait d'union avec ce qui s'est tu et ce qui parle encore.

L'analyse thématique se répartit comme suit :

a) *Quelle figuration de l'enfant ?*

A cette étape, les descripteurs de l'enfant sont largement positifs, même si le père reste partagé entre l'anxiété en filigrane et une surprise déconcertée par les compétences de l'enfant... « Il nous étonne tous les jours », disent certains, « par ses mots, par sa mémoire... ». Dans l'ensemble, ce n'est pas le comportement qui le questionne le plus, mais le contenu de sa pensée comme si celui qui fut si plein de mystères au départ restait encore une énigme.

Bien qu'il partage l'anxiété maternelle, le père se démarque par une attention plus portée vers l'intelligence que vers le corps de l'enfant (hormis le handicap grave) ; la révélation du langage reste pour lui un outil de séduction et de communication garant de sa capacité de défense. Ce type de représentation actuelle fait lien avec une sensibilité mâle envers l'enfant plus orientée, à ce stade, vers l'interpellation verbale directe qu'à travers le mode corporel. Si des défaillances se produisent à ce niveau, on observe alors que la représentation s'assombrit. Ainsi, 1/5 de l'échantillon se maintient dans une forte ambivalence face aux difficultés de langage de l'enfant.

À l'évocation des événements passés, celui de la *séparation initiale* reste le fait le plus marquant :

- Tout comme pour la mère, le berceau vide imprègne en creux le souvenir de sa destinée de père... sauvé parfois par des émois corporels fragiles et tenaces qu'il a pu partager avec l'en-

fant confié quelques temps à ses bras. Mais l'espace vacant, le temps démesuré vont rester des souvenirs douloureux pendant de longs mois dont la trajectoire emprunte au départ, comme pour la mère, le corps de l'enfant. M. R. dont le bébé a été accueilli en pédiatrie 18 jours, estime que « l'hospitalisation a été interminable et rentrer à la maison « sans rien », on est marqué à vie »... tout au moins assez longtemps pour que son petit présente des troubles digestifs et du sommeil pendant un an : « jusqu'à ce qu'il marche ».

- Le lieu médicalisé, le langage tenu conservent également pour eux un goût étrange voire inquiétant autour d'un bébé captif qui ne leur appartient pas vraiment. Premiers impacts visuels, premières paroles circulantes, autant d'inscriptions mnémoniques fixées, transformées, refoulées que l'occasion de l'entretien va quelquefois exhumers. Certains pères n'ont d'ailleurs jamais pu se rassurer en raison d'un langage trop stéréotypé... M. X., 4 ans après, s'en souvient encore. « Je n'ai pas réussi à avoir d'informations, comme si quelqu'un les « bride »... C'était difficile, il fallait assumer la mère et l'enfant... on est très vite débordé... Par moment, on a l'impression de mentir à sa femme, je n'étais pas du tout convaincu... et s'il arrivait quelque chose... comment comprendre après... » M. G. est également ce père qui s'inquiétait du contenu des pensées de son enfant.

Autrement dit, le langage tenu aux pères reste fondamental par la croisée des chemins avec la mère et l'enfant, notamment si par la suite, l'enfant reste soumis à la continuité de soins. Ce constat interroge la dimension culturelle au sens large et la nécessité d'une traduction en termes clairs du langage médical.

- La question des malformations révélées à la naissance amène l'exemple de la fente labio-palatine (préalablement évoquée), très traumatique pour des (jeunes) parents :

M. G. cruellement éprouvé par celle ci, n'est pas encore remis, 4 ans après, du choc de l'accouchement comme il le nomme... « Si j'avais pu m'accrocher aux rideaux.. » et de rajouter : « on n'avertit pas assez du risque, je ne peux plus faire confiance, on s'est « foutu » de moi, on ne l'a pas vu... » À travers ce langage brutal, M. G. évoque la transfixion émotionnelle de cette première naissance où la béance de la fente a englouti son regard. Le reste des événements ne fut, selon lui, qu'une succession marquée de cet investissement traumatique partiel : le regard...



« Vers 4 mois, je voyais bien qu'il y avait quelque chose aux yeux, personne ne l'avait vu » et maintenant ... « chaque fois que je la conduis à l'école, je regarde comment on la regarde, c'est mon angoisse ». Amour et souffrance, cet homme est resté accroché au regard des autres, celui qui n'a pas vu, celui qui peut voir, sans comprendre le déplacement économique de ses revendications et de son comportement.

Évidemment les variables de la malformation ont joué ici un rôle à part, mais le hasard fait partie de l'échantillon dont les motifs d'hospitalisation en néonatalogie n'étaient pas exhaustifs. Elles accroissent en quelque sorte la multiplicité des épreuves imposées à ces hommes dans leur paternalité. Dans ces cas, les femmes aménagent difficilement leur espace psychique, soumises aux mêmes réalités pourtant cruellement renforcées d'une double culpabilité dirigée vers l'enfant et vers le père.

- Enfin « l'innocente » question de la ressemblance de l'enfant à sa famille s'est démarquée du groupe des mères par les résistances qu'elle a entraînées. De l'évitement aux réponses types : « personne en particulier, je ne sais pas, j'ai jamais su, aucune idée... », cette dominante interroge l'aspect narcissique de la filiation comme ébranlée dans sa trajectoire. Les procréations médicalement assistées, quant à elle, bien que n'introduisant pas systématiquement des gamètes étrangères, entraînent une fantasmatisation plus forte d'un enfant « venu d'ailleurs »... mais, comme dit ce père, « si on ne le dit pas, on ne voit pas que... », pirouette inachevée, dénégaration d'un risque porté une fois de plus par le regard.

L'analyse des éléments essentiels représentatifs de l'enfant laisse ainsi percevoir, pour plus d'un tiers, un travail d'élaboration du trauma toujours en cours.

#### b) Qu'en est-il de la *représentation de lui-même* ?

Pour les deux tiers d'entre eux, la figuration en tant que sujet est assez positive, par contre l'image de père est plus incertaine, avec pour quelques-uns des craquées dépressives ou persécutives vis-à-vis du monde médical, contre-offensive à des questions restées sans réponse.

M. C. fait encore état des éprouvés de « père en mission », peu soutenu par sa famille éloignée, peu aidé par « ceux » de l'hôpital qui ne font qu'un effort mesuré de langage... lui qui a « déjà tendance à interpréter tout ce qui se dit ». Quatre ans après, malgré l'apparente bonne santé de l'enfant, il n'est pas encore rassuré de son intégrité. « Intelli-

gent ? difficile à dire, insouciant ? c'est une question... » Encore une fois, la conjugaison de sa personnalité et de l'événement traumatique fait que la représentation de ce qu'il ne peut objectivement contrôler reste affectée du doute.

Dans bien des cas, l'intérêt porté au corps de l'enfant, sans être absent, se trouve relégué au profit des dispositions intellectives et d'une préoccupation du lendemain plus que du présent... « Saura-t-il se défendre et s'insérer dans la société ? » Si cette inquiétude rend compte de l'insécurité socioéconomique commune à bien des parents, elle insiste néanmoins sur l'image rémanente et stigmatisée de la faiblesse initiale de l'enfant et sur ses propres capacités à le soutenir. Ces points de vue peuvent être complémentaires de ceux de la mère ou parfois s'y juxtaposer, se conflictualiser lorsque l'état de l'enfant reste préoccupant ou que l'emprise maternelle ne laisse pas l'espace dialectique nécessaire. La dynamique familiale peut alors se construire dans un quiproquo dont l'enfant risque de faire l'expérience. Autrement dit, elle se trouve marquée des besoins réciproques et constants de reconnaissance, le regard de l'un posé sur l'autre conditionne la tonalité de plaisir dans la relation à l'enfant.

### **L'analyse par classe**

L'analyse par classe confirme que pour les pères de prématurés comme de non-prématurés, la gestion du trauma est clairement fonction de leurs dispositions économiques confrontées à leur propre représentation de la paternalité, aux compétences de l'enfant et à l'histoire filiale de la mère. Trop sollicités par l'un ou par l'autre, ils éprouvent les mêmes difficultés que les mères des classes correspondantes et sont, de fait, moins efficaces dans la ressource qu'ils peuvent ordinairement offrir pour l'élaboration du trauma maternel.

Plus précisément, par la fréquence des pathologies associées chez les grands prématurés et les scénarios médicalisés prolongés, il arrive que le père perçoive l'enfant à travers ses propres angoisses fantasmées des soins et sa propre culpabilité vis-à-vis du corps malmené de sa progéniture. Aussi, dans un mouvement psychique compensatoire, il peut secondairement le valoriser au détriment d'un aîné, qui subit le creux de la comparaison. L'espace libidinal souffrant rejoint la dérive naturelle d'une préoccupation familiale vis-à-vis d'un handicap, sans toujours appréhender le retentissement néfaste de ce fonctionnement sur la fratrie. A ce propos, Cukier (1988, 236), rappelait le désarroi puis les perturbations parfois de longue durée pour l'aîné, « souvent méconnues ou minimisées par la famille », alors que « l'enfant lui-même qui est en situa-

tion de rivalité fraternelle à la venue du bébé, peut difficilement exprimer cette jalousie, mal tolérée dans ces circonstances ».

Quoi qu'il en soit, le corps se conjugue ici aux préoccupations du lendemain, telles que nous avons pu les relater précédemment, dans le sens où il maintiendrait le « choc » de la naissance. Le vocabulaire actuel reste dans cette classe très confondu au séisme initial, « la crainte », « l'angoisse », « le combat », « la cassure », etc... et traduit le peu de distance élaborative de ce trauma. M. B. dont le fils est porteur d'une pathologie respiratoire, reste ainsi « soumis » au destin : « il faut s'adapter ». Depuis quatre ans, il s'adapte sans avoir pu, semble-t-il, « respirer » : « on a toujours peur ».

Le plaisir reste finalement très pondéré et rejoint en ça la position maternelle, tout en étant moins ambivalente que chez cette dernière où le bénéfice secondaire d'une proximité de l'enfant (fragile) constitue un facteur de satisfaction.

À ce stade de la parentalité, le deuil d'un enfant plus gratifiant est rarement mené à son terme. M. G., en un mouvement de douloureuse dérision qui n'échappe qu'à lui-même, surnomme sa fille unique (mal formée) « E.T. ». Cette image ambiguë trahit tant l'étrange, le réel, la tendresse que son impression répétée de « fuite en avant ». M. G., pris dans un mouvement anxiodépressif ininterrompu, livre le conflit abrupte de sa psyché, surpris de son propre langage : « je parle, je parle, je ne sais pas pourquoi... j'arrive à me demander pourquoi j'en parle... »

Dans la situation des procréations médicalement assistées, l'estime de lui-même en tant que sujet se trouve évincé au profit d'une image de soi en tant que père finalement assez satisfaisante à distance, tout en étant réservée. Il se confond dans le discours de la mère, où le courage et l'aboutissement de cette démarche redore le blason d'une parentalité au départ endommagée. Par des « on l'a voulu, on l'a supporté, je « nous » admire... » il estampille un parcours fait de désirs entremêlés où il a fallu maintenir le cap partagé de l'espoir.

La particularité de la classe des non-prématurés réside dans le peu d'homogénéité des évocations entre les différents pères, qu'il s'agisse de l'enfant ou d'eux-mêmes.

L'enfant est variablement perçu suivant qu'il le séduit ou l'irrite par son comportement actuel. De l'affect de plaisir ou d'étonnement admiratif à l'inquiétude face à l'hermétisme de ses pensées, le père va relater la confiance ou la peur sans que, parfois, on puisse démêler de qui réellement il s'agit. Ces éléments s'interposent dans la relation avec

l'enfant, avec quelquefois de la difficulté à se comprendre ou à trouver un trait identificatoire quelconque.

Pour une majorité, les images de lui-même en tant que père sont tout aussi hétérogènes, partagées en une tendance peu affirmée ou revendicative de ses droits. Dans les deux cas, la dimension du doute freine l'ajustement à la fonction et le rôle de père est vécu comme difficile.

En tant que sujet, il offre une meilleure estime, un sentiment de plus grande sécurité qui pourrait faciliter cette parentalité, mais il semble que dans notre échantillon, les problématiques maternelles ensevelissent cet homme dans une vision affaiblie de sa position et ne permettent pas un soulagement de chacun des parents.

L'enfant, sans grande réalité médicale, reste encore pour la plupart un objet inquiétant dans la fiction paternelle et, par là, conserve une identité qui lui est propre, celle qui est resserrée autour de la séparation primordiale.

En résumé, le tiers des hommes sont, à quatre ans de distance, encore souffrants du trauma de l'hospitalisation de l'enfant à la naissance, plus que marqués par la prématurité quand elle se présente. L'inachevé de ce processus élaboratif témoigne de l'importance traumatique de la séparation initiale, tant pour les femmes que pour les hommes, et du risque encouru sur la fonction tierce que ces derniers doivent normalement exercer entre la mère et l'enfant.

## **Conclusion**

Cette réflexion clinique repose la part du père de l'enfant dans le cadre des naissances « bousculées » et celle du jeu croisé des regards et de la parole dans l'accession à l'identité parentale comme à celle future de leur enfant.

Manifestement, l'accession à l'identité de mère s'est trouvée profondément remaniée par l'endommagement voire l'absence de plaisir et de satisfaction précoces face à un corps exposé et manipulé par d'autres mains que les siennes. Ce phénomène éprouvé du corps à corps absent traduit une solitude maternelle souffrante à laquelle le père ne peut toujours répondre, marqué de la différence des sexes dans son rapport à la parentalité. La permanence de son soutien et de son intérêt, tant pour la mère que pour l'enfant, contribue cependant à étayer l'anticipation positive de ce dernier.

Il apparaît donc que ce père, s'il y consent et si on lui en laisse l'espace, va se trouver en interface entre la mère et l'enfant. Cette disposi-

tion psychique spontanée mais fragile, a d'autant plus besoin d'être accompagnée pour se maintenir que l'enfant, par sa maladie ou sa place dans la fratrie, se rappelle cruellement dans la réalité.

Cette attention particulière portée à cet homme, tout aussi bouleversé que la mère par ce type de naissance, prend en compte les reliefs différents de son chaos. Aussi pouvons-nous envisager que cet aménagement parental de la reconnaissance mutuelle reste un outil précieux à préserver dans toutes les prises en charge (médicales, sociales et psychologiques) de ce trauma.

Son regard, sa présence peuvent être entrevus comme une fonction contenant des fantasmes maternels, voire un soutien du travail de symbolisation qui vise à « exorciser les traumatismes subis à toutes les étapes de la vie » comme le dirait CL. Nachin (1989).

Lorsque cette présence échoue, on constate que les troubles relationnels de l'enfant s'entremêlent aux difficultés du père à affronter la lignée maternelle, fréquemment marquée de ruptures. Là où le père n'a pu s'imposer, l'espace psychique de la mère ne s'est confronté qu'à sa seule référence managée du discours médical.

Par la suite, il apparaît que le travail de représentation de chacun des parents se trouve soumis à sa propre destinée que seules les compétences de l'enfant viendront réunir.

Si l'adéquation maternelle à l'enfant comme à son père passe avant tout par l'intériorisation du système « parentesque », il est clair que dans ce type de travail, les points forts comme les points vulnérables se trouvent réactivés. Plus le hiatus est grand entre l'exigence du présent et la défaillance du passé, plus compromise dans le temps sera la résolution du trauma. La double incompréhension mère-enfant résulte des enjeux qui dépassent l'actualité et risque d'entraîner l'un comme l'autre sur les chemins pathogènes de la relation.

Aussi, prendre en compte, dans la réalité comme dans la représentation maternelle, la place du père de l'enfant nous semble une clef de voûte à tout questionnement sur le devenir des perceptions inaugurales de la naissance et de la souffrance créée par la séparation.

Le soutien psychologique des équipes médicales et paramédicales dans la quotidienneté des soins à l'enfant, le face-à-face avec les parents, la part identificatoire à la souffrance de l'un ou de l'autre, ne doit pas négliger la place égale à accorder à chacun et le nécessaire rodage à traiter de la parentalité.

Compte tenu de l'impact de cette période sensible, sans qu'elle soit

exclusive, sur l'histoire de ces parents et de la manière dont les soignants s'y trouvent confusément mais assurément mêlés, un travail de recherche consacré à la représentation de ceux-ci trouverait sa justification. Il permettrait de mieux ajuster l'accompagnement de leur légitime souffrance, des mécanismes de défense qu'elle entraîne et par là même d'aménager la relation tant au père qu'à la mère de l'enfant, partenaires premiers du présent comme de l'avenir de ce dernier.

Actuellement, la présence d'une équipe psychiatrique dans le service de néonatalogie au Centre hospitalier universitaire d'Amiens a pu faire émerger de la part des soignants une demande, celle où « eux aussi », à l'image des parents, pourraient être entendus dans leur souffrance. La subtilité du travail consiste à aménager autrement les défenses pour continuer à assumer le travail difficile dans ce secteur, tout en les assouplissant pour « porter » les parents dans un registre désirant de leur enfant, sans les projeter en première ligne.

Ainsi, à travers ce double travail mené auprès des parents et des soignants, on peut espérer modifier tant soit peu la souffrance liée à la séparation initiale, inscrire l'enfant dans la réalité de son histoire mais aussi dans le devenir imaginaire de ses compétences et, par là même, favoriser le travail de représentation.

## Références

- AULAGNIER, P., 1981, 2<sup>e</sup> édition, *La violence de l'interprétation*, PUF, Paris.
- CAVILLON-DELA MEZIÈRE, G., KREMP, O., BOULANGER, J.-C., RISBOURG, B., 1994, Structuration psychique de la mère par la parole du père, dans la prématurité, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 6, 350-354
- CUKIER, F., 1982, Attitudes de pères lors d'une naissance prématurée, *Les pères aujourd'hui*, colloque international, février 1981, I.N.E.D., Paris, 8-11.
- CUKIER, F., 1988, Premiers échanges, premières relations : importance des périodes pré et périnatale, in Pelier et Laugier, eds., *Médecine périnatale*, Flammarion, Paris, 236.
- DRUON, C., 1989, Aide au bébé et à ses parents, *Devenir*, 1, 4.
- DYKE, N., SAUCIER, J.-F., 2000, *Cultures et paternités*, Saint Martin, Montréal.
- LEBOVICI, S., MAZET, P.-H., VISIER J.-P., 1989, L'entretien « R » une méthode d'évaluation des représentations maternelles, L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et les partenaires, E.S.H.E.L., Paris, 151-160.
- NACHIN, C. L., 1989, *Le deuil d'amour*, Éditions universitaires, Paris.
- STOLERU, S., 1989, La parentification et ses troubles, in Lebovici, S., Weil-Halpern, F., eds., *Psychopathologie du bébé*, P.U.F., Paris, 118.

THIS, B., 1980, *Le père – Acte de naissance*, Seuil, Paris.

THOM, R., 1983, *Paraboles et catastrophes*, Champ, Flammarion, Paris.

## ABSTRACT

### **“Disruptive births” and Father representation**

The following reflection deals with Father representations and their evolution after Disruptive births. It is part of a much wider study taking into account the diversity of parents in these medicalized cases in which initial separation is unavoidable. This discontinuous study involves 50 families classified according to the children's neonatal characteristics (very premature birth, premature birth, premature birth with artificial insemination, non-premature birth). The study took place between 1990 and 1994 at Amiens Main Hospital in France (maternity and neonatal departments) in the beginning, and continued in the parent's homes. With its interest in the role of Parental Representations, this study introduces to the medical fields, an additional clinical sense which does not leave to the sole somatic state of the child the burden of the evolution of the mother-child relationship. At this point we discuss solely of the fathers, their trials, and also the resources they can bring to bear in the work of the maternal psyche when they are well supported.

## RESUMEN

### **Nacimiento “atropellado” y devenir de la representación paternal**

La reflexión se enfoca sobre las representaciones paternas y su devenir en el momento de nacimientos atropellados. Se inscribe en un trabajo mucho más largo teniendo en cuenta la diversidad de padres en esos casos de figura medicalizada donde la separación inicial está al encuentro. Este estudio discontinuo se trata de 50 familias, clasificadas según características neonatales de hijos (grandes prematuros, pequeños prematuros, prematuro con procreación medicalmente asistida, no-prematuros). Se desarrolló entre 1990 y 1994 al Centre Hospitalier d'Amiens en Francia (maternidad y neonatología) en un primer tiempo y en el domicilio de los padres en un segundo tiempo. Un interés manifestado al juego de las representaciones parentales introduce en el campo medical una sensibilidad clínica suplementaria, no dejando al solo estado somático del niño el peso del devenir de la relación madre-hijo. Se habla esencialmente de los padres, de su prueba, pero también del recurso que pueden ofrecer al trabajo de la psique maternal si están bien acompañados.